

**Recept** Datum.....

**Läkare**.....

**Patientens namn**.....

**Födelsedata**.....

**Adress/Tfn**.....

.....

**Gravid**      **Ja**              **Nej**

**Önskar recept på:**

<b>Medicin</b>	<b>styrka</b>	<b>dos</b>	<b>mängd</b>
----------------	---------------	------------	--------------

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Recept till apoteksombud**.....**Sign**.....

**Övrigt**.....

.....

.....

.....